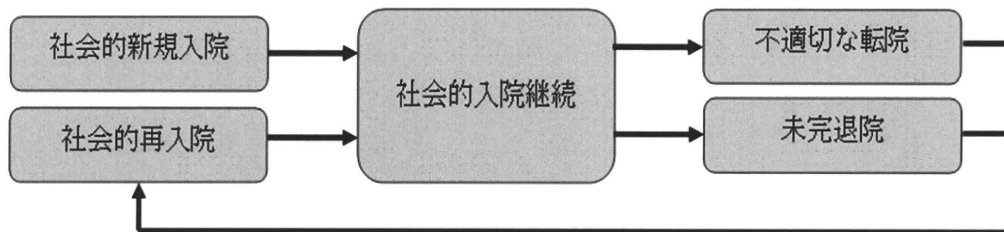


新規に入院すること）、社会的入院継続（入院医療の必要性が小さいのに、社会的理由によって入院を継続すること）、不適切な転院（入院医療を継続する必要性がなくなったため退院するが、本来退院すべき先（在宅や介護保険施設、あるいは療養病床）ではない先に退院すること）、未完退院（入院医療を継続する必要があるのに、社会的理由によって退院すること）、社会的再入院（不適切な転院、未完退院の後、入院医療の必要が生じ、1カ月以内に再入院すること）などの類型が存在する。

図3-1 印南による社会的入院のサイクル



(2) 長期入院問題と是正政策の沿革

ア. 社会的入院の経緯

社会的入院という言葉がいつごろから使用されるようになったかについては必ずしも明らかではないが、小山⁴は、「1940（昭和15）年代後半の、入院中の結核患者の生活保護受給者が受けていた医療扶助に関連している」点を指摘し、「1961（昭和36）年に国民皆保険制度が実施されたことにより精神病院建設ラッシュが起こり精神障害者の療養場所は自宅から精神病院になった」としている。精神病院は自宅に代わる住まいとなり、長期入院患者が増加した。1958（昭和33）年に「精神病院においては、精神科医は内科や外科など他の診療科の三分の1、看護職も他科の三分の2でかまわない」という次官通知が出された。これは「精神科特例」と呼ばれ、精神病院が薄い人手で経営できることが国によって保障された。1961（昭和36）年には、全額公費負担の公的強制入院である「措置入院」を奨励する通知が出され、「医療保護保護入院」（当時の名称としては「同意入院」）に相当するケースにも、「措置入院」を適用してよいことにしたため、患者や家族の出費はなく全額税金負担で入院できるとされた。これは、家族の負担を軽くするために「措置入院」という制度を利用するものであり、「経済措置」と呼ばれた。「このような経緯で、精神病院は社会的入院の温床となってしまった」との指摘⁵もある。

1973（昭和48）年には老人医療費が無料化されたのを受けて、老人病院が多数開設された。高齢者医療が在宅から病院に移行し、従来、福祉の分野が担っていたことを老人医療費で負担することとなった。印南⁶は、「高齢者の社会的入院の根源はこの老人医療費の無料化と老人病院の建設ラッシュにある。社会的入院という言葉は、1940（昭和15）年代後半頃から生活保護受給者の医療扶助に関連して使用されはじめ、精神保健領域、高齢者医療領域と拡大してきた

⁴小山秀夫：「介護保険と社会的入院について」pp2-5、国民健康保険49（12）、1998

⁵大熊一夫：「精神病院を捨てたイタリア 捨てない日本」p.20-21, 204、岩波書店、2009

⁶印南一路：「『社会的入院』の研究 高齢者医療最大の病理にいかに対処すべきか」pp7、東洋経済、2009

と考えられる」とし、「社会的入院の原因は何かと聞かれれば、入院したいと思う患者、在宅介護を忌避する家族、そして入院させても構わない病院の利害が一致するから、というのが一応の答えである」⁷としている。

以上のような歴史的経緯で、180 日以上の長期入院、及び、社会的入院が増加してきたといえることができる。しかし、医療施設で介護・福祉や居住といった、医療以外の機能を提供するという、日本固有のシステムは、高齢者の増加と経済の低迷の中で、財政的に維持できなくなってきた。このため、療養病床の診療報酬を改定することにより病床転換を促進する政策が継続されており、病院を、「入院させても構わない」から「入院させておくわけにはいかない」という状況に追い込むことで、患者や家族が望んだとしても、入院を継続できないようにする政策が進められてきた。医療費が負担してきた社会的入院を、よりコストの安い介護保険、又は自費に転換させることによって医療費の抑制を図るのが目的である。

イ. 医療制度構造改革の中での診療報酬の見直し

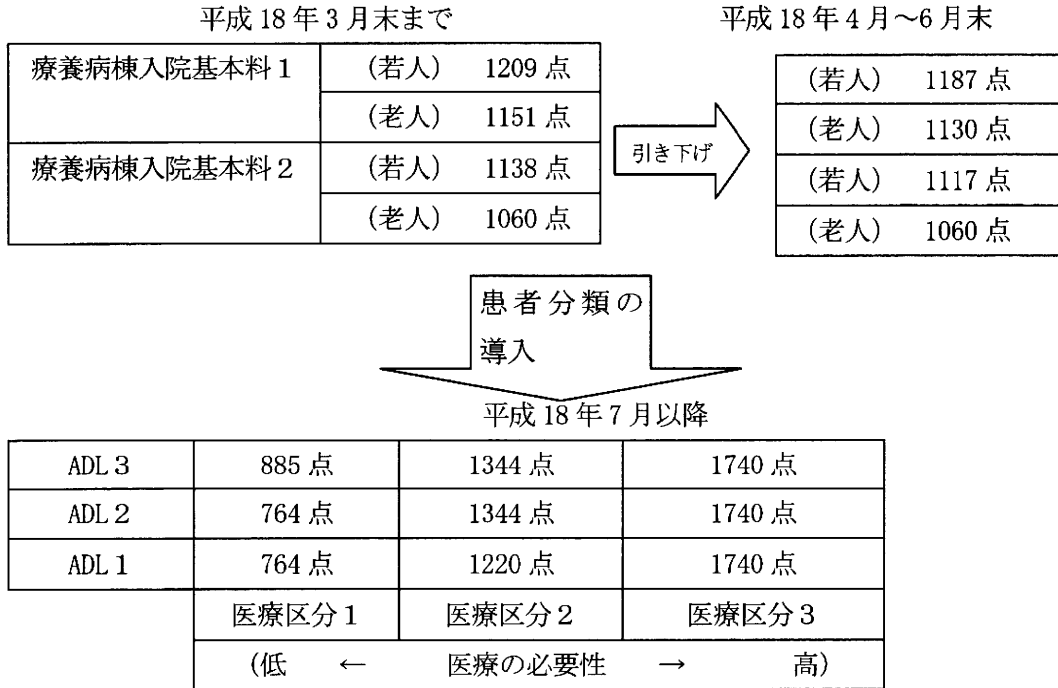
2003 年 3 月の閣議決定で、保険者の再編・統合、高齢者医療制度の改革、診療報酬体系の改革を柱とする医療制度構造改革の基本方針が定められた。2005 年には、政府・与党医療改革球議会により「医療制度改革大綱」がとりまとめられ、この大綱に基づき、「安心・信頼の医療の確保と予防の重視」「医療費適正化の総合的な推進」及び超高齢社会を展望した新たな医療社会保険制度体系の実現」という 3 点を基本に医療制度改革が進められることとなった。2006 年の通常国会においては、「健康保険法等の一部を改正する法律(2006 年 6 月 21 日法律第 83 号)」及び「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律(2006 年 6 月 21 日法律第 84 号)」が成立した。医療制度改革では、①医療提供体制の確立、疾病予防を重視した保険医療体系への転換、②医療給付費の伸びと国民の負担との均衡を確保していくための医療費適正化計画、③新たな高齢者医療制度の創設、保険者の再編・統合、④中央社会保険医療協議会(以下、中医協という)の見直しが掲げられたが、医療制度改革の重要課題の一つが長期入院の是正であった。

2004 年の診療報酬改定では、慢性期入院医療の評価の見直しが行われ、2006 年の診療報酬・介護報酬の同時改定において評価体系の見直しが行われ、医療必要度による 3 段階の医療区分と日常生活動作能力による 3 段階の ADL 区分に基づき、それぞれのコスト調査を経て、療養病床入院基本料が決められた。中医協が行った「慢性期入院実態調査」(2005)、医療経済研究機構が行った「療養病床に関する調査」(2005)において、医療型療養病床、介護型療養病床の違いを問わず、社会的入院とみなされる患者が半数近くいること、また医療型、介護型に入院している患者に大きな違いがないことが確認され、これらの診療報酬改定の根拠となった。

(図 3-2 参照)

⁷印南一路：同上 p298

図3-2 診療報酬点数表の改正



従来の療養病棟入院基本料は看護職員比率で2ランクに区分されていたが、患者一人当たりの診療月額平均は49万円で大きな差はなかった。改定後、医療必要度の高い医療区分3は従来の診療報酬より20～30%引き上げられ、一方、医療必要度の低い医療区分1は大きく引き下げられた。この結果、医療区分1が平均36万円、医療区分2が52万円、医療区分3が約65万円と見込まれている。このような評価体系だと、医療区分1の患者が主の病棟は運営が困難になるため、経営的に成り立たせるためには医療区分2あるいは3の患者の確保が必要となる。医療ニーズの低い患者を早期に退院させ、長期入院を是正するための政策誘導を意図したものであったといえる。

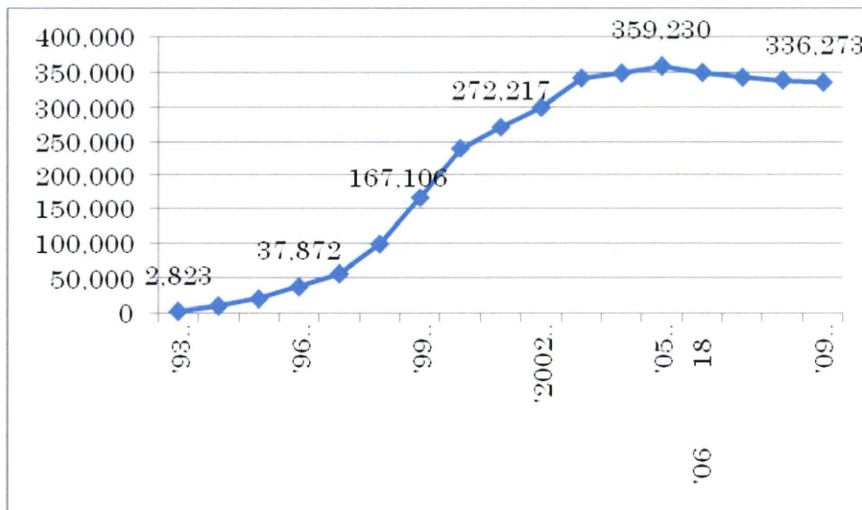
ウ. 療養病床削減政策の動向

2005年、厚生労働省は、療養病床を医療必要度の高い患者のみを受け入れる病床に再編成する方針を打ち出した。その内容は、38万床（医療型25万床、介護型13万床）ある療養病床について、2012年に介護型療養病床を廃止することに加え、対象者を入院治療が必要な人に限定するために、医療型についても廃止を促進し、全体として15万床を削減するというものであった。それまでに、医療必要度の低い入院患者を老人保健施設や有料老人ホーム、ケアハウス、グループホーム、住宅などに移すことが計画された。その間の経過措置として、介護保険において医師及び看護・介護職員の配置が少ない「経過病床」を設け、老人保健施設や住宅などへの移行を進めることとされた。2006年6月には介護保険法が改正され、2012年までに介護保険型療養病床の廃止（介護報酬上の評価の廃止）が決定された。

また、療養病床の削減など医療費の抑制を実効あるものとするため、中長期的な観点から医療費の伸びを抑える目的で、国および都道府県は、医療費適正化計画を策定することとされている。医療費適正化計画の策定に当たっては、まず、国が中長期的な医療費適正化のための基本方針を策定した上で、国及び都道府県はその基本方針に即して、それぞれ5年間の医療費適正化計画を策定する。計画推進に当たっては、都道府県ごとに医療費の地域差があることから、国と都道府県が協力をしながら進めることとされている。「医療費適正化計画」に関する国が定める基本方針では、特定健康診査、特定保健指導等の実施率の目標とともに、療養病床（回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く）数を医療の必要度から将来的に必要な、一定の算式に照らし合わせた数とすること、平均在院日数を全国平均と最短の都道府県との差を2分の1に減らすことが定められた。

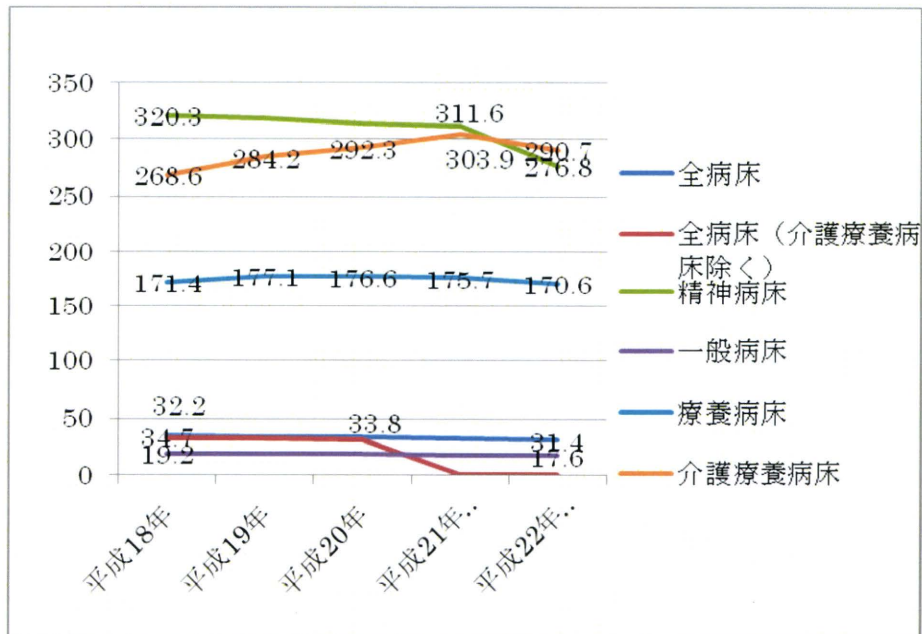
このような政策の結果、それまで増加していた療養病床数は減少に転じた。療養病床数は、2006年の改革を受けて、3年間で約3万床の減少が見られる。（図3-3参照）また、平均在院日数でも療養病床の減少が見られる。診療報酬改定や病床数の削減の一連の改革によって退院患者は増加している。（図3-4参照）

図3-3 療養病床数の年次推移



出典：厚生労働省 医療施設動態調査 2009年度

図3-4 平均在院日数の推移



出典：厚生労働省 平成18～20年の病院報告及び平成21年12月、22年6月分病院報告

民主党は2009年のマニフェストにおいて、社会保障費削減計画の停止、医療従事者の増員などの政策方針を示し、INDEX2009 医療政策<詳細版>においては、療養病床38万床は総枠として維持する必要があるとの考え方を示していた⁸が、2009年民主党を中心とする連立政権が発足すると、厚生労働省は、これまでの療養病床再編成の計画の凍結を表明し、2010年9月8日、衆議院厚生労働委員会において、長妻厚生労働大臣（当時）は、削減計画を撤回する方針を明らかにした。厚生労働省が2010年1月に実施した「療養病床の転換移行など調査」では、平成24年3月末までの転換意向について介護療養病床で「未定」が6割を超え、7割を超える医療機関が「地域での療養病床が必要とされているため転換が困難」、5割が「転換にあたっての療養病床利用者の転院先、受け入れ先を見つけるのが困難」と回答し、転換にあたっては懸念事項が指摘された。また、厚生労働省が2010年6月に実施した「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」によれば、患者の病状の見通しを踏まえて施設が判断した「最も適正な今後の療養・生活の場」は医療療養病床では「医療療養病床」が、介護療養病棟では「介護療養病棟」が最も多く、施設側は現状維持を選択していることが判明した。患者・入所者の家族が希望する療養場所についてもすべての施設などにおいて「現在の療養場所での療養を希望」の割合が最も多くなっている。これらの結果を踏まえ、「本来の行政の意図とは異なることであり、2012年度末までに介護療養病床を廃止することは困難」⁹との考え方から削減計画

⁸ 民主党政策論集 INDEX2009 医療政策<詳細版>

http://www.dpj.or.jp/policy/koseirodou/index2009_medic.html

⁹2010年9月8日、衆議院厚生労働委員会における長妻厚生労働大臣（当時）の発言

を廃止し、翌年の通常国会に向けて議論を進めるとしたものである。その後、介護保険法改正が検討される中で、「廃止を3年間延長」することが提案されている¹⁰。

(3) 長期入院是正政策によって発生する問題点

印南の研究では、先行研究を総括的にレビューし社会的入院の定義を見直すことによって、また、病院側が患者・家族や後方施設を見て規定した「介護力不足」、「介護忌避」、「介護施設不足」という社会的入院の三大要因をそのまま受け入れず考察し直したことによって、社会的入院の構造や複合的な社会的入院のフローを明確にしている。(図1参照)これを参考にしつつ、療養病床削減などの在宅シフト政策が進み急性期病院の後方連携施設(病院や介護施設等)の病床減少などに起因して、印南の示す「複合的な社会的入院のフロー」が従来どおりに回らなくなる可能性について検討する。

療養病床の削減により政策の目論見どおりに長期入院・社会的入院が減少されるとすれば、それはどの段階で発生するのか、フローが回らなくなり退院を余儀なくされた患者の行き場はどこになるのか、そして、行き場を失った患者、いわゆる“医療難民”などがどこに存在するのか実態を把握することとしたい。

ア. 「社会的新規入院」の抑制による「Drop out」

例えば、病院での初診時にすでに末期がんで治療方法がない患者は、従来は、医学的に無益だと判断される場合であっても、本人及び／又は家族の希望により入院させ、様々な処置が施され延命治療が行われていた。しかし、一般病床を疾患の治癒といった急性期医療のために用いる運営方針を持つ病院では、末期がんの患者には治療方法がないことを理由に、入院させないことが生じ得る。この場合、患者は受け入れてくれる病院や診てくれる医師を求めて放浪することとなり、いわゆる「がん難民」が発生する。病院や施設に入院又は入所できない場合、患者は在宅療養を余儀なくされる。在宅療養を支援する診療所や介護保険事業所の医療・福祉サービスが活用できる場合、ある程度、生活の質を保った終末期をおくることが可能かもしれないが、医療・福祉サービスが活用できない場合、非常に困窮することになる。悲惨な場合には独居老人の孤独死といった事態が生じる。

独立行政法人国立がんセンター中央病院は、2007(平成19)年4月のがん対策基本法の制定に先立つ2006(平成18)年11月に開催された、第1回「がん対策の推進に関する意見交換会」において、適切な治療を受ける病院が見つからないいわゆる「がん難民」を生み出しているのは、国立がんセンター中央病院なのではないかとの批判を受けた。批判の根拠は、厚生労働省がん研究助成金「地域がん専門診療施設のソフト面の整備拡充に関する研究」(主任研究者：岡本直幸)において、国立がんセンター中央病院における院内死亡率が3.4%と、他のがん専門診療施設に比べて極めて低かったことにある。再発癌や終末期の患者を多く診る機能ではなく、新薬の臨床試験の機能を重視しているのか不明確なまま、低い死亡率という好業績だけが示されていることが疑問視された。

日本医療政策機構は、2006(平成18)年12月に、がん患者会に対する調査結果¹¹をまとめ、

¹⁰ 第1章注9参照

¹¹ 日本医療政策機構：「がん患者会調査報告－『がん難民』解消のために－」2006

http://www.healthpolicy-institute.org/report_events.html?article=94 (2010年12月4日アクセス)

「治療説明時もしくは治療方針決定時のいずれかの場面において不満や不納得を感じたがん患者」を広義のがん難民と定義し、がん患者の53%ががん難民であると報告している。そして、入院継続が困難となり退院を余儀なくされて行き場を失ったがん患者を、狭義のがん難民であるとしている。このような患者が実際に存在することが調査結果から明らかにされたことに対し、国立がん研究センターは、「使命」¹²の第一に「がん難民を作らない」ことを掲げている。これには地域の病院・緩和施設・在宅緩和ケア医との連携を含めており、同センターに緩和病棟を新設するものの、最期まで同センターの病棟ですべての患者を診る、看取るということを意味するものではない。しかし、がん対策基本法制定前の同センターのあり方から比較すれば、改善されたと言える。

社会的新規入院の抑制は初診時末期がんの患者に限定されない。入院できなかった患者に関する調査は病院側からだけ行うことでは、その実態は把握できない。

イ. 「未完退院」や「不適切な転院」が不可能になることによる「Drop out」

急性期医療への特化を目指す病院が、平均在院日数の短縮を目的に、治癒の見込みのない患者や長期化しそうな患者を「急性期病院ではもはやできることがなくなった」との理由で早期に退院させる「未完退院」が増加する可能性がある。退院させられた患者のうち、医療の必要性が少ない患者は長期入院・社会的入院を受け入れる他の病院に「不適切な転院」をするか、介護老人保健施設に入所するか、在宅に戻ることになる。医学的管理が必要である限り、福祉施設への入所は難しい。介護老人保健施設は、本来は入所期間3か月を目途とし、急性期病院と在宅をつなぐ「中間施設」としての機能であるが、現状では入所期間が長期化し特別養護老人ホーム化している施設もある。介護老人保健施設における入所期間が長期化することは、医療費抑制には貢献するが、介護保険給付は増加し、在宅療養にシフトさせたい政策に沿ったものにはならない。

急性期病院を早期退院後、引き続き医療の必要性が高い重症患者が療養病床に転院することは適切であるといえるが、これにより、療養病床の患者は「重症かつ短期」又は「軽症かつ長期」の二極分化が進むことになる。「重症かつ短期」患者は死亡退院が多いという。その実態はまだ明らかにされていない。急性期を早期に退院し、重症なら療養病院で入院中に死亡することが増えることは当然予想される。これは政策が意図する地域連携フローの流れに沿った形なのか。その議論はまだ殆どなされていない。

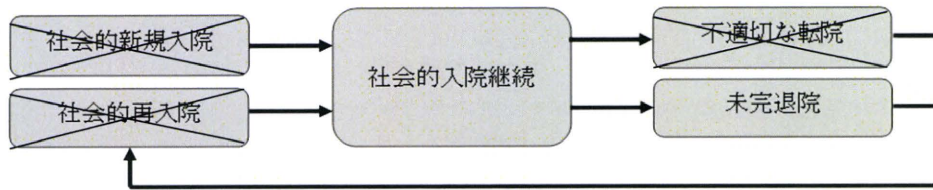
ウ. 「社会的再入院」の抑制による「Drop out」

未完退院して在宅に戻った場合や他の病院に不適切な転院をした後、再入院できていた（短期間のうちに入退院を繰り返していた）ものが、再入院できなくなる可能性がある。「地域連携パス」は多くの場合、急性期～回復期～慢性期～終末期、という一方方向のパスとなっており、逆方向に戻すパスや循環型のパスが作成されている事例は少ない。

以上の「Drop out」を、印南のフローをもとに図示すると、以下のような図を書くことができる。（×により「Drop out」が生じる。）

¹²国立がん研究センターの理念・使命：<http://www.ncc.go.jp/jp/about/mission.html>（2010年12月4日アクセス）

図3-5 社会的入院の「Drop out」のフロー

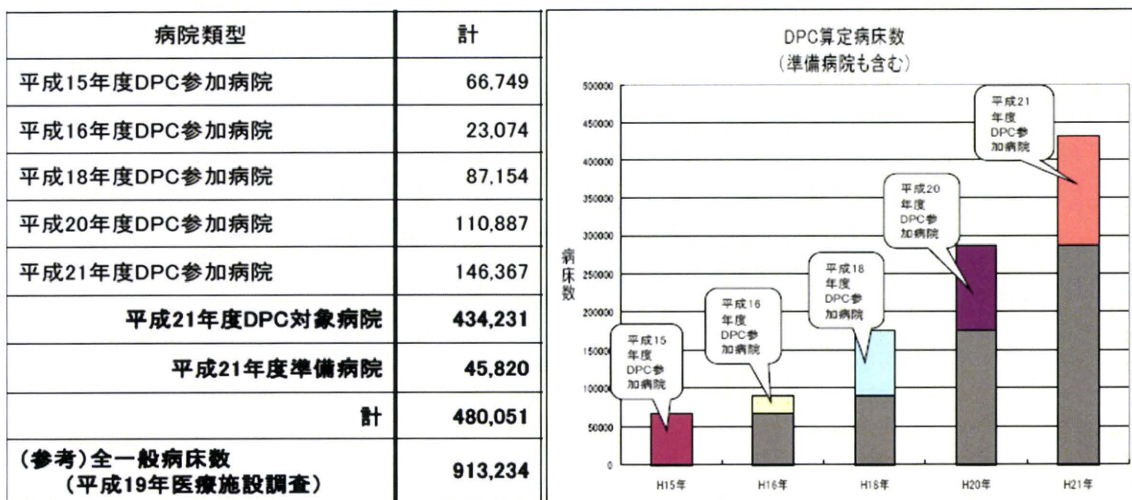


(4) 急性期病院（一般病床）の現状

一般に「急性期病院」と言われるが、医療法の病床区分に「急性期病床」という区分はない。一般病床、療養病床、精神病床、感染症病床、結核病床の5区分である。現実には、一般病床に患者が長期入院していることもある。

DPC (Diagnosis Procedure Combination ; 診断群分類) が導入されて以降、一般病床で医療を提供する病院はDPCを適用することや疾患別に診療プロセスを標準化したクリニカルパスを適用することなどによって平均在院日数の短縮化を図っており、現在ではDPC適用病院が「急性期病院」と考えられるようになってきた。DPCは入院医療費の定額支払い制度で、2003(平成15)年4月から、全国82の特定機能病院等において開始された。病院がDPC適用対象となるかどうかは、要件を満たす病院の申請による(手揚げ方式)。2010(平成22)年度の診療報酬改定によるDPC適用要件は、①一般病棟基本料等の7対1又は10対1入院基本料に係る届出、②診療録管理体制加算に係る届出、③標準レセプト電算処理マスターに対応したデータの提出を含め厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む。)」に適切に参加、④上記③の調査において適切なデータを提出し、かつ2年間(10ヶ月)の調査期間の(データ/病床)比が8.75以上、となっている。¹³平成21(2009)年度にはDPC算定病床数は合計434,231床となり、全一般病床(913,234床)の5割近くに達した。

図3-6 DPC参加病院病床数の推移(厚生労働省保険局医療課作成)



¹³厚生労働省保険局医療課：「平成22年度診療報酬改定の概要(DPC関連部分)」

DPC は診断群分類によって診療報酬が決まる1日当たり定額支払い制度である。例えば眼科の糖尿病性増殖性網膜症で手術あり両眼の場合、入院期間が11日までなら1日当たり23,440円、12～22日なら17,330円、23～42日なら14,730円となり、入院が長期化するにつれ1日当たりの報酬が減る。手術料や麻酔料などの出来高払い部分は定額報酬に加算される。定額支払い制度であるから、実際の費用が定額報酬より少ない場合、差額が病院の利益になり、逆の場合は損失になる。医療サービスの効率化を図り短期高密度医療を目指すことが目的の一つと考えられる。病院は当然、健全経営の視点から損失が出ないように努力する。そのため、必要な治療が未完了のまま退院させることが生じないのか、退院後の行先を失う患者が出ないのか、といったことが懸念される。

急性期入院医療の生産性尺度は、濃沼¹⁴が「医療密度」として定義している。職員数を分子に、病床数と平均在院日数を分母とするもので、短期に密度の高い手厚い医療が提供されることが短期高密度医療、長期に密度の低い薄い医療が提供されることが長期低密度医療と呼ばれる。地域で考えた場合、1患者当たり職員数/人口千人当たり病床数×平均在院日数となる。DPC適用の一般病床は前者、医療区分1（次節で詳述）の医療ニーズの低い患者を長期に入院させる療養病床は後者、と考えられる。

政策の意図は医療の機能分化と地域連携であり、急性期病院から早期に退院して在宅に復帰、あるいは、回復期リハビリテーション病床に移行後、在宅に復帰して在宅療養を行うか、一旦、療養病床に転院又は転棟後に在宅に帰るといったパスが想定されている。特になんがん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の4疾病¹⁵については地域連携パスを構築し、急性期病院は患者が後方連携先で受入可能な状態になれば退院させ患者を地域連携パスの流れにのせていくことが求められている。

ところが、地域においてどの組織が人や時間や資金を拠出し地域連携パスの構築を推進するのかといった問題や、そもそも連携可能な医療資源が地域に存在しないといった理由から地域連携パスの構築は思うように進捗していない。地域連携とは、単に「地域連携パス」という文書を作成することではなく、保険制度に基づいて現物支給として地域住民に提供する医療を、各施設の資源や利害などを調整しながら、地域ケアシステムとしてシステム化していく過程であるから、調整や構築は容易なことではない。

また、急性期医療は短期高密度であるだけでなく、質の高いものでなければならない。医療の質にはさまざまな要素があり、診療成績を臨床指標で評価するだけでは足りない。医療費の抑制を図る場合は、密度を上げて効率化することと、質を上げて効率化することの両方が必要であろう。医療の質の評価基準及び手順を設定し、評価のしくみを確立し、質の高い医療には診療報酬上の評価を上げるというP for P（Pay for Performance）の制度についての議論もあり、近年の改定では、回復期リハビリテーション等に関して、試行的にアウトカム指標が取り入れられている。

（5）急性期病院（一般病床）と療養病床等をつなぐ機能

病院内に一般病床と療養病床を持ち、急性期及び慢性期の治療を行う病院はケアミックス型病院と呼ばれている。政策が目指す「あるべき姿」は医療の機能分化と地域連携であり、「施

¹⁴ 濃沼信夫：「医療のグローバル・スタンダード」、pp82-83、株式会社ミクス、2000

¹⁵ 医療法等の一部を改正する法律（第五次改正医療法）平成18年6月21日法律第84号

設内完結型」から「地域完結型」への転換であるが、ケアミックス型病院には従来から実践されてきた「施設内完結型」の機能が残っている。

厚生労働省は、2007（平成19）年10月12日に開催されたDPC評価分科会において、拡大するDPC適用病院を一定基準に基づき整理する意向で「ケアミックス型病院はDPCにふさわしくない」と提案したと報道された¹⁶。政策の意図に合わないという趣旨である。その後の議論を経て、現在はケアミックス型病院も要件を満たせばDPC適用病床を持つようになったが、非DPC適用病床である一般病床も残っている。また、療養病床再編政策やこのような議論を受けて、療養病床を回復期リハビリテーション病床に転換し、一般病床をDPC適用病床とした病院もある。DPCを適用すれば自ずと一般病床の平均在院日数の短縮化が図られ、回復期リハビリテーション病床においても、所定の期間内に早期にリハビリテーションを行い、機能回復を目指すモチベーションが向上する。患者が施設における医療から脱し、在宅医療と福祉に移行すれば、医療費は抑制されることが期待される。これが政策の意図するところである。

ケアミックス型病院では一般病床と療養病床で医療が提供されるが、現実には、急性期、亜急性期、回復期、慢性期、終末期の各病態について、地域住民のニーズに対応する形で医療が実践されることになる。高齢化が進展する中で高齢者医療のニーズが高まる。高齢者は内科、外科、整形外科、眼科、精神科（認知症）など複数の疾患を併せもつことが多い。一般病床に慢性期の患者が長期入院することもあるし、緩和ケア病棟に入院できない終末期がん患者が、治療をあきらめず継続するために、一般病床に入院することもある。

政策によって長期低密度医療に対する評価は下がり、診療報酬が低くなっている。地域に病院が一つしかない場合、病院が健全経営を維持できる範囲で地域住民に求められる医療機能を担うには、病床転換や地域の医療・福祉施設等との連携が不可欠となる。また同じような中小規模の病院が複数ある場合にも、急性期から終末期までのすべての病態に対応できる複数機能を持ち、多くの診療科を抱えた総合病院として健全な経営を維持するのは困難な状況になっている。医療の機能分化と地域連携は異なる機能を持つ複数の医療施設が地域に存在する場合に可能となる。競合する医療機関同士で連携することは難しい。さらに、地域の医療資源として病院が一つしかないような場合、その病院が複数の機能を持たざるを得ないことも少なくない。地域医療連携システムの構築の前提は地域によって異なる面が多く、全国一律、同じプロセスで推進できるものではない。福祉との連携が不可欠となった状況では、福祉施設との連携も含めたシステムの構築が必要となる。自施設の特徴を明確に打ち出し、地域における機能を確立する必要がある。

「地域」という場合、その用語の定義は明確ではないが、「医療圏」には「一次医療圏」、「二次医療圏」、「三次医療圏」という区分がある¹⁷。しかし、医療と福祉、あるいは、施設

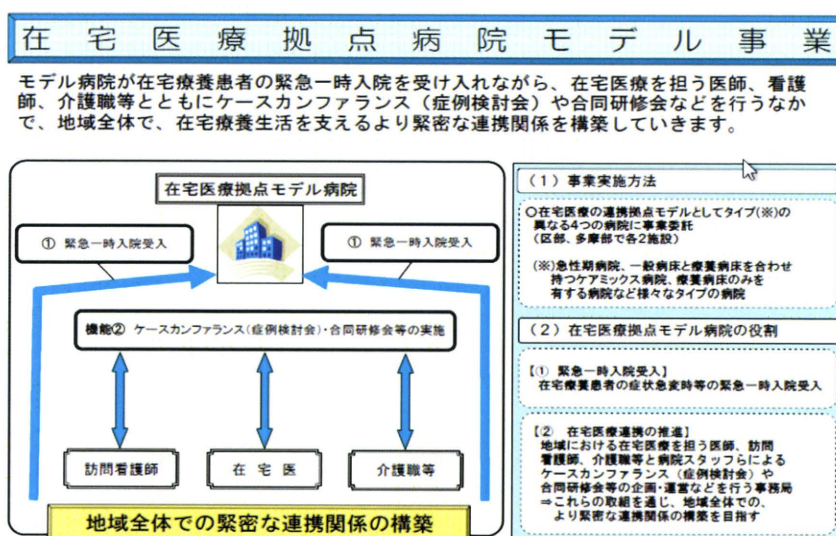
¹⁶ キャリアブレインニュース：「ケアミックス外して議論錯綜／DPC分科会 2007-10-23」、
<http://blog.cabrain.net/media/article/id/17591.html>（2010年12月4日アクセス）

¹⁷ 医療法第30条の3：健康管理、予防、一般的な疾病や外傷等に対処して住民の日常生活に密着した医療・保健・福祉サービスを提供する区域を「一次医療圏」という。医療法第30条の3では都道府県が病床の整備を図るにあたって設定する地域的単位を「医療圏」としているが、ここでは「二次医療圏」「三次医療圏」しか規定されていない。「一次医療圏」は、保健所（地域保健法第5条の2）や介護保険制度との兼ね合いから、一般には市町村がその単位とされている。「二次医療圏」は医療法第30条の3第2項第1号で規定されている。特殊な医療を除く一般的な医療サービスを提供する医療圏で、地理的条件等の自然的条件及び日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として病院における入院診療を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位として設定されている。複数の市町村が一つの単位として認定される。「三次医療圏」は同条同項第2号で規定されている。都道府県の区域を単位として設定するのが基本であるが、その区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは当該都道府県の区域内に二以上の三次医療圏を設定することも可能である。

における医療と在宅における医療・福祉の連携システムを構築する場合、行政上の区分でうまくいくとは言い切れない。住民が必要な最適な医療、介護、福祉を、切れ目なく必要なときに受けられる「地域包括ケアシステム」を提供できる圏域について、地域包括ケア研究会は、そのエリアを「中学校区を基本とする」としている¹⁸。

「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で（下線は筆者）、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の圏域で適切にできるような地域での体制」を「地域包括ケアシステム」と定義し、その体制を構築するエリアを、「おおむね 30 分以内に駆けつけられる圏域」としたものである。

図 3-7 東京都の在宅医療拠点病院モデル事業



（東京都ホームページより引用）

東京都は、医療を施設から在宅にシフトする国の政策を実現するため、在宅療養を支える地域連携を推進すべく、2009（平成 21 年）秋から「東京都在宅医療拠点病院モデル事業」¹⁹を開始した。当事業のモデル病院に期待された機能は、在宅療養患者の緊急一時入院受入である。

「いざという時」に入院できる病院が確保されていれば、安心して在宅療養を継続することが可能となるという前提で、地域連携システムの中にそのような病院を設置することを試みている。緊急一時入院機能である限り、入院が長期化することは望ましくない。一時的に入院したら、必要な医療が終了次第、退院させ、元の自宅や施設、あるいは、別の施設や病院につなぐことが求められる。東京都は、一般病院が過剰で、療養型病院が過小な、特異な都道府県である。東京都の政策モデルは、必ずしも他の都道府県でそのまま取り入れられるものとなるかどうかかわからないが、在宅療養を可能にするための基盤づくりという面では、他の地方公共団体

¹⁸ 地域包括ケア研究会（平成 20 年度老人保健健康増進等事業）：「地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理～」p. 6

¹⁹ 東京都ホームページ：福祉保健局「在宅療養を支える地域連携の推進に向けて 在宅医療拠点病院モデル事業の実施」、平成 21（2009）年 10 月 16 日、<http://www.metro.tokyo.jp/INET/OSHIRASE/2009/10/20/jag500.htm>（2010 年 12 月 4 日アクセス）

でも大いに参考となるものであろう。

(6) 療養病床に関する政策の動向

「老人病院」とは主に高齢者が入院する療養病床をもつ病院の一般呼称である。1983（昭和58）年に創設された「特例許可老人病床」は、1992（平成4）年の改正医療法では療養型病床群と併存していたが、介護保険法が施行された2000（平成12年）の改正では、長期にわたり療養を必要とする者のための療養型病床群だけが残され、特例許可老人病床はなくなった。

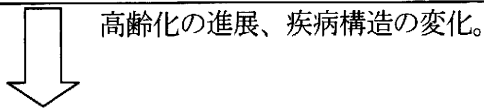
長期にわたり療養を必要とする疾患には慢性疾患と老人性退行疾患があるが、日本ではその双方を病院で対応してきた政策過程があった。そのため高齢化によって多くの老人が病院に滞留する状況になったといえることができる。このような傾向は日本が顕著であるが、カナダ、フランス、ニュージーランド、アイルランドもそうした傾向があるといわれている²⁰。

一方、病床数が少ないなど入院に制限があった国では、病院における長期ケアが実質的に不可能であった。土田ら²¹日独の研究グループによって行われた共同研究によれば、ドイツでは介護保険給付には医療が含まれないこと、病院に入院するには必ず保険医（開業医）が診察し、入院治療の必要性があると判断した後に紹介状を持参して病院を受診し入院する仕組みがあること、入院患者の状況を点検し入院が必要でないとは判断した場合は退院を勧告するしくみがあるなどの理由から、社会的入院が生じることはないといわれている。

病床区分に係る医療法改正の経緯をまとめると、以下のとおりになる。

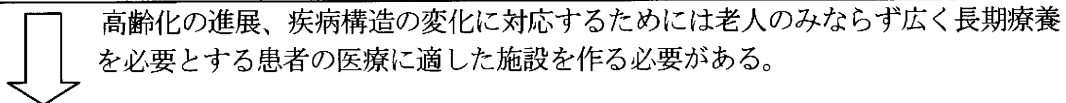
【制度当初 1948（昭和23）年～】

その他の病床	精神病床	伝染病床	結核病床
--------	------	------	------



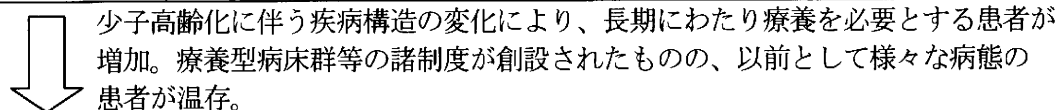
【特例許可老人病棟の導入 1983（昭和58）年】

その他の病床	特例許可老人病床	精神病床	伝染病床	結核病床
--------	----------	------	------	------



【療養型病床群の創設 1992（平成4）年】

その他の病床	特例許可老人病床	療養型病床群 長期にわたり療養を必要とする患者	精神病床	感染症病床	結核病床



【一般病床、療養病床の創設 2000（平成12）年】

一般病床	療養病床	精神病床	感染症病床	結核病床
------	------	------	-------	------

患者の病態にふさわしい医療を提供。

²⁰ OECD 報告書「虚弱な高齢者のケア (Caring for Frail Elderly People)」、1996

²¹ 土田武史／田中耕太郎／府川哲夫編著：「社会保障改革—日本とドイツの挑戦—」、pp93、ミネルヴァ書房、2008

診療報酬の改定は2年毎に行われている。2010（平成22）年4月改定では、療養病床及び精神病床の評価も見直された。療養病床については看護職員などの人員配置の状況により入院基本料が1及び2に区分され、かつ、患者の重症度によって診療報酬が決定される。患者の重症度は、前述のように、2006（平成18）年7月以降、医療区分及びADL区分の組合せによって評価されることになっている²²。

<医療区分>

医療区分1	医療区分2・3に該当しない者
医療区分2	(疾患・状態) 筋ジストロフィー、多発性硬化症、筋委縮性即策硬化症(ALS)、パーキンソン病関連疾患、その他神経難病(スモンを除く)、神経難病以外の難病、脊髄損傷、肺気腫、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍、肺炎、尿路感染症、創感染、リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内、脱水、体内出血、頻回の嘔吐、褥瘡、うっ血性潰瘍、せん妄の兆候、うつ状態、暴行が毎日見られる状態 (医療処置) 透析、発熱又は嘔吐を伴う場合の経管栄養、喀痰吸引、気管切開・気管内挿管のケア、血糖チェック、皮膚の潰瘍のケア、手術創のケア、創傷処置、足のケア
医療区分3	(疾患・状態) スモン、医師及び看護師による24時間体制で監視・管理を要する状態 (医療処置) 中心静脈栄養、24時間持続点滴、レスピレーター使用、ドレーン法・胸腹腔洗浄、発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管のケア、酸素療法、感染隔離室におけるケア

(厚生労働省ホームページ掲載資料)

<ADL区分>

- ADL区分1：合計点数 0～10点
- ADL区分2：合計点数 11～22点
- ADL区分3：合計点数 23～24点

状態別評価基準

点数	ADL	状態
0	自立	手助け、準備、観察は不要又は1～2回のみ
1	準備のみ	物や用具を患者の手の届く範囲に置くことが3回以上
2	観察	見守り、励まし、誘導が3回以上
3	部分的援助	動作の大部分(50%以上)は自分でできる、四肢の動きを助けるなどの体重を支えない援助を3回以上
4	広範囲援助	動作の大部分(50%以上)は自分でできるが、体重を支える援助(例えば四肢や体幹の重みを支える)を3回以上
5	最大援助	動作の一部(50%未満)しか自分でできず、体重を支える援助を3回以上
6	全面依存	丸3日間すべての面で他者が全面援助した 本動作は一度もなかった

(厚生労働省資料により中原作成)

²² 厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/ryouyou02.html> (2010年12月3日アクセス)

動作別評価点

	自立	準備	観察	部分的 援助	広範囲 援助	最大 援助	全面依存 本動作なし
ベッド上の可動性	0	1	2	3	4	5	6
移乗	0	1	2	3	4	5	6
食事	0	1	2	3	4	5	6
トイレの使用	0	1	2	3	4	5	6

(厚生労働省資料により中原作成)

2010（平成 22）年改定の結果、手厚い人員配置がなされ、かつ、重症の患者が入院していない場合、病院の収入は減少することになった。改定後の点数は以下のとおりである²³。

<療養病棟入院基本料 1>

施設基準

- ・ 看護職員、看護補助者がそれぞれ 20 : 1 以上
- ・ 病棟に占める医療区分 2・3 の患者の割合が 8 割以上

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分 3	934 点	1369 点	1758 点
ADL 区分 2	887 点	1342 点	1705 点
ADL 区分 1	785 点	1191 点	1424 点

(網掛け部分は点数が上がり白抜き部分は点数が下がった。下表も同じ。)

厚生労働省資料に基づき中原作成)

<療養病棟入院基本料 2>

施設基準

- ・ 看護職員、看護補助者がそれぞれ 25 : 1 以上

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分 3	871 点	1306 点	1695 点
ADL 区分 2	824 点	1279 点	1642 点
ADL 区分 1	722 点	1128 点	1361 点

精神病床では、精神療養病棟入院基本料が 1 日 1090 点から 1050 点に引き下げられた。精神病棟入院基本料に 13 : 1 入院基本料が新設されたが、施設基準は平均在院日数 80 日以内、看護師比率 70% 以上などの要件がある。また長期入院に関して、5 年以上の入院患者を 1 年間で 5% 削減できた場合に加算される精神科地域移行実施加算が引き上げられた。入院日数による加算は、30 日以内が引き上げ、91 日以上は引き下げられた。

すなわち、精神病床では、救急、急性期における手厚い看護で早期に退院させる場合は評価が上がり、長期入院の場合には必ず減収となる改定となっている。なお、認知症治療病棟入院

²³ 厚生労働省ホームページ：保険局医療課「平成 22 年度診療報酬改定の概要」

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken12/dl/index-002.pdf><http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/ryouyou02.html> (2010 年 12 月 3 日アクセス)

料を算定している病院では、精神科身体合併症管理加算が 200 点から 350 点に改定されている。

2. 長期入院患者の実態と在宅移行が困難な理由（既存調査の分析）

長期入院患者の実態に関する既存の大規模な調査としては、2006（平成 18）年度の第五次改正医療法による医療改革及び診療報酬改定前に行われた中央社会保険医療協議会及び医療経済研究機構による調査、並びに、診療報酬改定後に行われた日本医師会及び全国保険医団体連合会による調査がある。本節では、これらの調査結果のレビュー、及び、各調査の比較・検討を行う。

（1）中央社会保険医療協議会による「慢性期入院医療実態調査」（2005（平成 17）年 9 月下旬～10 月実施）

ア. 目的

中央社会保険医療協議会（以下、「中医協」という）の結果報告では、「予定される診療報酬体系見直しの影響評価を行うため、見直し前の慢性期入院医療の患者像及び分布の実態を把握することを目的とした」とされている。

イ. 調査対象及び方法

療養病棟入院基本料を算定している病棟、療養型介護療養施設サービス費を算定している病棟、特殊疾患療養病棟入院料（1, 2）を算定している病棟のいずれかを有する病院に対し、原則として無作為抽出（約 10%抽出）を行い調査対象病院とし、調査対象患者は調査対象病院におけるこれらの病棟に在院中のすべての入院患者とした。対象病院数は 353、対象患者数は 22, 908 人であった。方法は、病棟看護師による自記式アンケート調査であった。

ウ. 調査内容

調査対象病院の属性については、病院規模（200 床未満か 200 床以上か）、一般病床併設の有無、地域（特別区・特甲地、甲地、乙地、その他）により区分されている。

患者特性調査の調査項目は、次の 12 項目であった。①基本情報（入院前の状況、入院した背景、医療サービス提供の頻度、要介護度、ADL、痴呆度等）、②記憶（意識障害の有無、認知能力、せん妄等）、③コミュニケーション聴覚（対人コミュニケーションの状態や変化等）、④気分と行動（うつ状態・不安・悲しみの気分の兆候、問題行動の状態等）、⑤身体機能と機能問題（ADL 自立度について過去 3 日以内の状態等）、⑥疾患（患者の現在の ADL 状態に関係する疾患）、⑦症状と状態（脱水、妄想、発熱、幻覚などの身体状態、痛みの頻度や程度、状態の安定性など）、⑧栄養状態（体重変化、栄養摂取の方法等）、⑨皮膚の状態（褥瘡・潰瘍

の状態や種類等の皮膚の問題とケア)、⑩注射・点滴(注射・点滴を受けた日数、種類)、⑪リハビリテーション(リハビリテーションの必要性や実施内容等)、⑫治療(治療・処置の状態について過去7日間の状況)、⑬退院の可能性、全体の状況(今後の退院(転棟)の見通しや患者家族への介護の期待等)

エ. 調査結果

調査項目の中から、他の調査における調査項目と共通性のある項目についての結果を見ると、以下のとおりであった。

i. 調査対象病院の特性の違い

- ① 病院類型(病床種類の組合せ)、所在地(地域)、病院規模により層化抽出したことが述べられているだけで、病院間の特性の違いなどは分析されていない。介護保険サービスを併設しているかといった調査項目はなかった。
- ② 調査対象全353病院のうち、200床未満で一般病床を併設している病院が189と割合が高かった。

ii. 患者特性の違い

① 基本情報

- ・ 医師による直接医療提供頻度は、医療療養病床では、「ほとんど必要なし」が48.8%、「週1回程度」が33.9%、「週に2~3回程度」は9.2%、「毎日」が3.4%、「1日1回」が0.2%、「24時間体制」が1.5%であった。介護療養病棟では、医師による直接医療提供頻度は、「ほとんど必要なし」が50.1%、「週1回程度」が32.9%、「週に2~3回程度」は7.2%、「毎日」が3.7%、「1日1回」が0.3%、「24時間体制」が1.1%であった。医療療養病床でも介護療養病床でも医療の必要度が低い患者が多く存在していることがわかる。
- ・ 療養病床に入院した背景は、医療療養病床では、「急性期状態が安定」が62.3%、「疾病の急性憎悪」が7.9%、「継続的医療管理が必要」が7.8%、「継続的なリハビリが必要」が43.0%、「他施設の空きがない」が10.5%、「自宅の体制が整わない」が47.0%、「本人、家族が希望」が47.0%であった。介護療養病棟では、「急性期状態が安定」が59.7%、「疾病の急性憎悪」が6.3%、「継続的医療管理が必要」が9.3%、「継続的なリハビリが必要」が32.4%、「他施設の空きがない」が15.0%、「自宅の体制が整わない」が22.7%、「本人、家族が希望」が61.5%であった。「療養病床」であるから、急性期を脱し安定してきた患者が入院してくることが多いのは当然であろう。
- ・ 要介護認定については、医療療養病床では、「受けている」が64.0%、「受けていない」が30.5%であった。介護療養病棟では、「受けている」が97.4%、「受けていない」が0.8%であった。介護療養病床には、介護保険サービスとして入院するため、「受け

ていない」患者は、恐らく「認定申請中」ということだろう。

- ・ 認知症は、医療療養病床では、「なし」が 21.4%、Ⅰが 8.1%、Ⅱが 20.0%、Ⅲが 24.6%、Ⅳが 18.5%であった。介護療養病床では、「なし」が 5.8%、Ⅰが 4.4%、Ⅱが 12.9%、Ⅲが 33.9%、Ⅳが 31.5%であった。

②主な疾患及び状態

- ・ 医療療養病床では、脳梗塞が 38.1%、高血圧症が 23.0%、アルツハイマー病以外の痴呆症が 15.7%である。介護療養病床では、脳梗塞が 48.4%、アルツハイマー病以外の痴呆症が 22.6%、高血圧症が 20.6%で、2位と3位が入れ替わっているだけで、上位3位の疾患は両病床で共通である。医師及び看護師による24時間体制での監視・管理を要する状態は、医療療養病床では1.0%、介護療養病床では0.8%と同様に少なかった。せん妄の兆候が見られるのは、医療療養病床では1.8%、介護療養病床では1.7%で、この項目もほぼ同じである。更に、うつ状態についても、医療療養病床で6.0%、介護療養病床で5.9%であり、ほぼ同じであった。

(2) 医療経済研究機構による「療養病床における医療提供体制に関する調査」(2005(平成17)年2月～3月実施)

ア. 目的

医療経済研究機構は、厚生労働省より老人保健事業推進費等補助金を受け、本調査を行った。その目的は、「療養病床のサービス提供体制・内容や連携状況を、施設の機能(提供側)と患者の属性やサービス利用実態(利用者側)との両面から把握することにより、その性質や機能の違いを明らかにすること」であった。

イ. 調査対象及び方法

医療保険・介護保険の療養病床を持つ1000カ所の病院を対象にアンケート調査を実施した。1施設あたり1件の施設票と30件の患者票を配布し、施設票428件(有効回収率42.8%)、患者票12,612件が回収された。

施設属性は、「医療保険療養病床のみ」(96施設)、「介護保険療養病床のみ」(30施設)、「両方」(287施設)の3区分に分けられ、施設票の分析はこの3区分を比較の軸とされている。患者票では、当該患者の適用保険種類(医療保険、介護保険適用のいずれか)を説明要因として分析を行っている。

ウ. 調査内容

施設属性では、①「施設の概要」(規模、平均在院日数、病床・患者あたりの従業者数など)、②「提供している関連サービス」(施設介護サービス、在宅介護サービス、通所介護サービスの実施状況)、③「入院と退院」(入院前の所在と退院先)について調査されており、介護ニ

ーズが当該施設の関連サービスで充足される可能性についての示唆が得られる項目が含まれている。中医協の調査には含まれていない視点である（本調査は、中医協の調査実施以前に実施されている）。

患者特性については、①医療保険適用患者と介護保険適用患者の違いが特定できるよう、「患者基本属性」を調査している。要介護度、年齢、直近の入院状況、直近の傷病発症状況、在宅での介護者の有無などである。②「現在の患者の状況」として、疾患、日常生活自立度、痴呆の程度などが調査されている。③「退院の見込み」としては、退院計画の有無、退院見込みの有無、退院先（自宅／在宅に復帰する予定）、在宅ケアの継続可能性などが調査項目になっている。

また、2001（平成13）年の「療養型病床群における患者の実態等に関する調査」との違いについても言及されている。

エ. 調査結果

調査結果は、以下のとおり報告されている（医療経済研究機構の報告書から引用）。

i. 医療保険療養病床と介護保険療養病床の違い

①施設の概要

- ・ 医療保険療養病床は大規模施設の中で設置するケースが多く、かかる施設は一般病床も併せ持っているケースが多かった。このため、施設全体に占める医療保険療養病床の割合は介護保険療養病床に比べて低くなっていた。
- ・ このほか、医療保険療養病床は介護保険療養病床に比べて平均在院日数が短く、病床・患者あたりの従事者数が多かった。また、医療保険療養病床は平均要介護度も低いという特徴が見られた。

②提供している関連サービス

- ・ 医療保険療養病床では、「施設＋在宅一部展開型（「介護老人保健施設」、「介護老人福祉施設」のいずれかひとつ以上を提供、かつ「訪問介護」、「訪問入浴介護」、「訪問看護」、「訪問リハビリテーション」、「居宅療養管理指導」のうち1～2種類を提供）」が20.8%、「系列サービス不実施型」が30.2%と、割合が高かった。また、介護保険療養病床に比べて、「通所介護」を提供している施設の割合が高かった。
- ・ 介護保険療養病床では、「施設＋在宅積極展開型（「介護老人保健施設」、「介護老人福祉施設」のいずれかひとつ以上を提供、かつ「訪問介護」、「訪問入浴介護」、「訪問看護」、「訪問リハビリテーション」、「居宅療養管理指導」のうち3種類以上を提供）」が26.7%と多く、「系列サービス不実施型」は23.3%であった。また、「短期入所療養介護」、「訪問介護」、「居宅療養管理指導」を提供している施設の割合が多かった。

③入院と退院

- ・ 医療保険療養病床は、介護保険療養病床に比べて、自宅退院率（退院患者全員に占め

る自宅への退院者の割合)が高かった。

ii. 医療保険適用患者と介護保険適用患者の違い

① 患者の基本属性等

- ・ 医療保険適用患者は介護保険適用患者に比べて年齢が低く、要介護度も低い。また、医療保険適用患者の方が直近の入院・傷病発症患者が多い。在宅での介護者がいない患者は介護保険適用患者に多い。

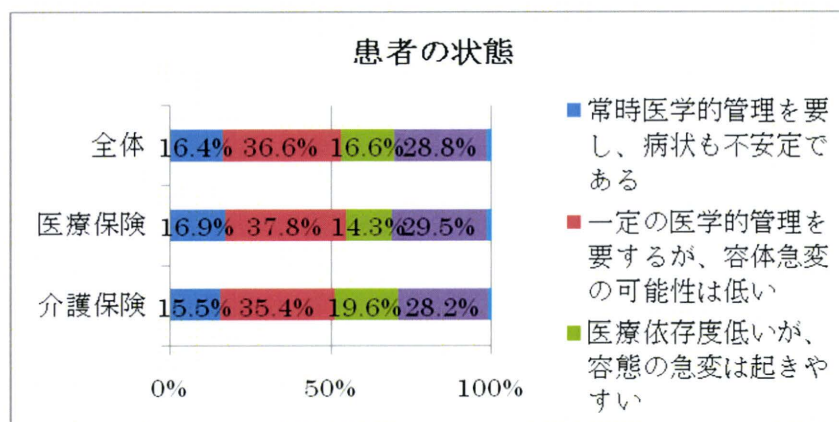
② 現在の患者の状況

- ・ 医療保険適用患者では介護保険適用患者に比べ「損傷、中毒及び結合組織の疾患」、「神経系の障害」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」が多かった。一方、介護保険適用患者では医療保険適用患者に比べ「循環器の疾患」、「精神及び行動の障害」が多かった。日常生活自立度ならびに痴呆の程度をみると、医療保険適用患者の方が介護保険適用患者よりも障害の程度が軽かった。

③ 退院の見込み

- ・ 医療保険適用患者では、介護保険適用患者に比べて退院見込みの低い患者が少なく、退院計画がある場合が多かった。退院後は在宅に戻る予定の患者が多く、在宅でのケアの継続可能性が高いとみてとれていた。

図3-8 「療養病床における医療提供体制に関する調査」における患者の状態



iii. 2001 (平成13)年「療養型病床群における患者の実態等に関する調査」との違い

- ・ 今回の調査と一部共通質問が設定されている項目を比較すると、変化があった部分は限られている。主な変化としては、患者の基本属性に関して介護保険適用患者や65歳以上の患者の割合が上昇したこと、入院直前の患者の所在に関して一般病床から療養病床に転院する患者割合が減少したこと、現在の患者の状況に関して痴呆度合いが上昇したこと、退院の見込みに関して「6ヵ月以上」かかると見られる患者割合が増加したことなどが挙げられている。

(3) 日本医師会による「療養病床の再編に関する緊急調査」(2006(平成18)年10月実施)

ア. 目的

『「療養病床の再編に関する緊急調査」報告』には調査目的は記載されていない。調査項目、及び、『報告概要』に「医療区分の妥当性を見直すべきである」といった「要望事項」が記述されていることから、診療報酬改定の影響を把握し、政策への反論の裏付けとすることが目的であると考えられる。

イ. 調査対象及び方法

2006(平成18)年7月現在の医療療養病床の届出のある医療機関名簿に基づいて、全国6,186医療機関(病院4,139、有床診療所2,047)に8月上旬から順次調査票を郵送し、8月末までの回答を受け付けた。有効回答数は2,870医療機関(病院1,884、有床診療所986)であった。有効回答医療機関の医療療養病床に、2006(平成18)年7月31日現在入院していた医療区分1の患者29,392人(病院27,007人、有床診療所2,385人)が調査対象とされた。

ウ. 調査内容

医療機関のプロフィールに関する調査項目として開設者、病床数、医療療養病床の変化など、入院基本料算定状況、診療報酬請求点数、患者状況に関する調査項目として退院可能性、退院の見込みがないと判断される理由、在宅受け入れ困難な理由、待機中の施設、処置等の状況、調査対象医療機関における今後の方針などであった。

中医協及び医療経済研究機構による調査との差異は、調査対象医療機関に有床診療所が含まれていること、並びに、診療報酬改定前後の診療報酬請求点数の変化、及び、退院後の患者の受け皿に関する調査項目などが含まれていることである。

エ. 調査結果

調査結果は、以下のとおり報告されている(以下は抜粋)。

i. 医療機関のプロフィール

① 開設者

- ・ 医療法人としているのは病院で74.4%、有床診療所で69.6%、個人が開設しているのは病院で7.4%、有床診療所で27.7%であった。

② 病床数

- ・ 小規模のところほど総病床数に占める療養病床比率が高い傾向にある。200床未満で療養病床比率が6割を超え、特に20~49床の病院では9割近くが療養病床であった。
- ・ 病床のすべてが医療療養病床であるという医療機関は、病院では病床規模が小さいほど高く、20~49床の病院では37.3%、50~99床の病院では17.1%であった。有床診療所では5.1%であった。